



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 8/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de enero de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 26 de octubre de 2021 (COMINTER 311912_2021_10_26-02_33) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 28 de octubre de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_290), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 12 de noviembre de 2019 un abogado, actuando en nombre y representación de D. X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su mandante ingresó de urgencia el 28 de noviembre de 2018 en el Hospital General Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia aquejado de hematuria con coágulos, de inicio agudo. Señala que se le colocó una sonda vesical y que fue dado de alta el mismo día.

Asimismo, relata que el 8 de diciembre siguiente volvió a ingresar de nuevo por Urgencias, debido a la misma razón, por lo que se le citó para practicarle una cirugía que habría de llevarse a efecto el 8 de enero siguiente, como así se hizo. Se le realizó una adenomectomía retropúbica y quedó ingresado.

El 24 de enero de 2019 se le descubrió una fistula intestinal, de la que fue tratado y dado de alta el 29 de marzo.

El 3 de abril volvió a ingresar por persistencia de la fistula entero-atmosférica en la herida quirúrgica suprapública. Tras ser tratado, fue dado de alta el 26 de abril de 2019.

El abogado advierte que en el momento en que presenta la solicitud de indemnización la fistula sigue abierta, lo que le ocasiona serias molestias a su cliente.

A continuación, denuncia que, en principio, la aparición de una fistula entero-atmosférica en la herida quirúrgica puede ser constitutiva de una mala praxis médica. Por otro lado, advierte que resulta *altamente irregular* que a esa fecha no se haya resuelto el cierre de la fistula.

Por último, reconoce que, por el momento, no es posible cuantificar el importe de la reclamación que efectúa su mandante, pero que lo hará en cuanto le sea posible.

Con la reclamación se adjunta una copia de la escritura de apoderamiento que el interesado otorgó a su favor.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 11 de enero de 2020 y dos días más tarde se

requiere al reclamante para que especifique la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible.

Además, ese último día se comunica el hecho de la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que la traslade a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA que remita una copia de la historia clínica del interesado de la que disponga y los informes de los facultativos que lo atendieron.

TERCERO.- El abogado del reclamante presenta un escrito el 14 de enero de 2020 en el que reitera que no resulta posible todavía cuantificar el importe de la indemnización que solicita pero que se llevará a efecto en cuanto resulte posible.

CUARTO.- El 17 de abril de 2020 se reciben dos informes médicos.

El primero es el realizado el 10 de marzo de ese año por el Dr. D. C, Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo del HUVA, que es del siguiente tenor:

"1º.- Según datos que constan en el sistema informático, Selene, del HCUV-Arrixaca, el paciente (...), consultó a urgencias del centro, a las 12.52 h del 28 de noviembre del 2018, por dolor en hipogastrio y hematuria con coágulos que lo amenizan. Fue visto por un FEA de urgencias, y se conectó con el Urólogo de guardia, decidiéndose sondaje vesical con lavado continuo a través de la misma, transfusión de sangre y tratamiento médico conservador. El paciente queda ingresado a cargo de Urología hasta que cesa la hematuria, y es alta hospitalaria por mejoría con sonda vesical permanente que debe retirarse en su Centro de salud, petición ambulatoria de una endoscopia del tracto urinario, y cita a la consulta externa de Urología (Dr. G).

El 8 de diciembre del 2018, acude nuevamente a urgencias por otra hematuria macroscópica y anemia, de origen prostático, por lo que ingresa a cargo de Urología. Se decide tratamiento médico conservador con sondaje vesical y lavados. Se practica ecografía renal- prostática, uretrocistoscopia sin evidencia de tumor, y estudio de preanestesia con ASA III. Tras aclararse la orina, es alta hospitalaria, y queda pendiente de intervención, programada para el 8 de enero del 2019.

El 7 de enero del 2019, ingresa para cirugía programada, por una obstrucción infravesical tras hiperplasia benigna de próstata. Se interviene el 8 de enero del 2019 (Dr. G y Dr. F), practicándose una adenomectomía abierta suprapública. El estudio anatopatológico de la pieza informó de una hiperplasia fibroglandular, focos de atrofia prostática y prostatitis aguda, con ausencia de malignidad.

En el 5º día del postoperatorio, se objetiva en la herida quirúrgica un seroma, que se drena. Y a la auscultación del abdomen, un íleo paralítico. El TAC del 14 de enero del 2019, informa de un plastrón pélvico en el espacio de Retzius, y un hematoma en la cara anterior de la vejiga de unos 6,2 x 8,6 cm.

El 21 de enero del 2019 (13º postoperatorio), consultan a la Unidad de Heridas de Cirugía General (Dr. C), para valorar la evolución de la herida quirúrgica. Se procede a retirar grapas de la herida, se accede al espacio de Retzius y se desbriña digitalmente el hematoma organizado prevesical. En la cura del 24 de enero del 2019 (16º postoperatorio), se objetivan en el fondo de la parte media de la herida, dos puntos de sutura azules, y entre ellos, por un mínimo orificio milimétrico, la salida de un escaso exudado amarillento que nos sugiere se trata de una pequeña fistula entero-atmósferica de intestino delgado, con buen ritmo intestinal. Por nuestra parte, se decide tratamiento médico conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral, somatostatina, y terapia de presión negativa tópica continua a 90 mmHg en la herida. El 28 de febrero del 2019, retiramos la terapia de presión negativa tópica continua, por cierre de la fistula, reapareciendo nuevamente ésta el 3 de marzo del 2019, por lo

que se volvió a prescribir el tratamiento médico conservador, y la terapia de presión negativa tópica. Paulatinamente, la evolución es satisfactoria, por lo que se da de alta hospitalaria el 29 de marzo del 2019, y se remite, para revisión, a nuestras consultas externas de Cirugía General el 1 de abril del 2019.

El 31 de marzo del 2019, vuelve a consultar de urgencias por exudación de un material fecaloideo por la fistula. Se cura y se remite a la consulta externa.

El 3 de abril del 2019, reingresa por persistencia de la fistula, colocándose nuevamente la terapia de presión negativa tópica, hasta el cierre completo de la misma, siendo alta hospitalaria el 26 de abril del 2019, y remitido a consultas externas de Cirugía General, en donde se cura periódicamente.

El 8 de octubre del 2019, se practica un nuevo TAC que nos confirma que no existe evidencia del trayecto fistuloso.

2º.- Respecto a la aparición de la fistula entero-atmosférica en el lecho de la herida quirúrgica, observada en la cura del 24 de enero del 2019, comentar que estaba vecina a los dos puntos de sutura azules, y que estos podrían haber sido los causantes de la misma, al estar en contacto con algún asa intestinal pegada al peritoneo parietal por las múltiples adherencias.

En este mismo punto, se comenta que resulta "altamente irregular" el que no se haya cerrado la fistula entero-atmosférica. A mi juicio y por mi experiencia:

-Las fistulas entero-atmosféricas milimétricas con muy escaso débito y buen ritmo intestinal, como es el caso, inicialmente todas deben tratarse con tratamiento médico-conservador y terapia de presión negativa tópica continua a baja presión, como así se hizo. Y con el tiempo, todas ellas suelen cerrar sin otros gestos, como así ha pasado, según el informe del TAC (08/10/2019).

-En el supuesto caso que no hubiera cerrado, tendríamos que habernos planteado la cirugía, en un paciente de muy alto riesgo, con muchas taras orgánicas (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica con tres stent, aneurisma de la aorta abdominal no operable, carcinoma de pulmón en seguimiento por Oncología, síndrome prostático por hipertrofia benigna de próstata, adenoma hipofisario, y múltiples cirugías abdominales, apendicetomía-perforación gástrica con peritonitis-cirugía laparoscópica por hernia de hiato, que han ocasionado un importante síndrome adherencial abdominal).

El segundo es el elaborado el 16 de abril de 2019 por el Dr. D. G, Jefe de Servicio de Urología del HUVA, en el que expone lo siguiente:

"Antecedentes personales:

-Cardiopatía isquémica revascularizada con 3 stents.

-Aneurisma de aorta abdominal de 7x14 cm que no es operable por parte de cardiología ccv por peligro de rotura. En tratamiento crónico con: acovil, coroprest, elecor, iscover, tromalyt, dostinex, pravafenix, genfibrozilo.

-Cáncer de pulmón en seguimiento por oncología.

-Carcinoma de hipófisis productor de prolactina.

-Cirugía de apéndice, cornetes nasales, herniorrafia de hiato, cataratas y circuncisión.

-Perforación gástrica espontánea y peritonitis.

En la historia actual, desde el punto de vista urológico destaca una hematuria recidivante que obliga al ingreso urgente en el hospital, no obstante, el paciente había sido diagnosticado de hipertrofia de próstata y en tratamiento conservador con duodart.

A la vista que a pesar del tratamiento prostático sigue con hematuria incoercible se decide cirugía de la misma a pesar del alto riesgo quirúrgico validado según informe del servicio de anestesia (ASSA III ALTO RIESGO) pues debido a sus problemas cardiológicos no es posible retirar los anticoagulantes.

El día 8/01/2019 a pesar del alto riesgo quirúrgico y el alto volumen de la próstata y la dificultad que ocasiona el aneurisma situado encima del órgano a extirpar, y dando el consentimiento el paciente y su familia se realiza una adenomectomía prostática suprapúbica.

A los 5 días de la cirugía el paciente presenta distensión abdominal, con buen estado general, afebril, correcto tránsito intestinal, proponiéndole colocarle una sonda rectal para que desaparezca dicha distensión abdominal. Tanto el paciente como la familia se niegan a la aplicación de este tratamiento.

Así mismo al final de dicho periodo presenta un pico febril por lo que se inicia un tratamiento con tobramicina. A los 8 días y aconsejándonos por el servicio de cirugía se observa una buena evolución con dicho tratamiento.

Al octavo día el paciente está afebril, con menos distensión abdominal y deambulando por el pasillo de la 3^a planta, pues también se negó tanto el paciente como la familia a ser trasladado al servicio de urología sito en la 2^a planta.

Posteriormente y de acuerdo con el servicio de Cirugía General y Digestiva concretamente con el Dr. C, se retiran restos de puntos de herida y se desbrida la misma. Salida de exudados serohemáticos. Se hace cargo del

paciente para tratamiento de herida dicho doctor.

El día 24/1/2019 se realiza extracción de coágulos subcutáneos, apareciendo una mínima salida de contenido biliar con escaso débito.

Dicha complicación se trata de forma conservadora contraindicando la cirugía por el alto riesgo anestésico.

El día 19/03/2019 se retira terapia de presión negativa tópica.

Se evidencia en estudio radiológico (TAC) la resolución de la fistula intestinal.

El día 29/03/2019 a la vista de la buena evolución, el paciente es dado de alta hospitalaria, para control en consulta externa de cirugía y urología previa petición”.

QUINTO.- El 18 de mayo de 2020 se incorpora al expediente un disco compacto (CD) que contiene 8 archivos en formato PDF con la historia clínica del reclamante, y 2 archivos en el mismo formato, con un anexo de la referida historia clínica, remitido por la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA.

SEXTO.- Con fecha 4 de junio de 2020 se remiten sendas copias de la historia clínica a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SÉPTIMO.- El abogado del reclamante presenta un escrito el 24 de junio de 2020 en el que explica que en el Servicio de Cirugía del HUVA se le ha entregado a su mandante un volante, cuya copia adjunta, y solicita que se solicite a ese Servicio el parte de alta completo para que se una al expediente.

OCTAVO.- El 3 de julio de 2020 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA que remita el informe de alta al que se refiere el reclamante.

NOVENO.- Una semana más tarde se recibe el informe elaborado el 9 de julio de 2020 por el Dr. D. C, Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo del HUVA, en el que expone que el interesado “*ingresó para cirugía programada por parte de Uroología, el 08-01-2019, en el contexto de una obstrucción infravesical por hiperplasia de próstata. Se intervino practicándose una Adenomectomía retropública.*

En el postoperatorio inmediato presentó un seroma de la herida que se drenó retirando alguna grapa, y un íleo paralítico.

Se consultó a Cirugía General (Dr. C), por el íleo paralítico, y por el exudado sero-hemático persistente de la herida.

Un TAC informó de la existencia de un hematoma en la cara anterior de la vejiga. Por este motivo, se decidió abrir ampliamente la herida y evacuar dicha colección hemática prevesical.

En curas sucesivas, por parte de Cirugía General, se evidencian en la parte media de la herida, dos puntos de sutura con un pequeño orificio por el que drenaba un exudado amarillento biliar-intestinal. Se interpreta como una fistula entero-atmosférica de muy poco débito, con tránsito intestinal conservado. Y se instaura un tratamiento médico conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral, somatostatina, y terapia de presión negativa tópica).

Tras la mejoría clínica y la evidencia del cierre de la fistula, fue dado de alta hospitalaria a su domicilio. Pero con posterioridad, reingresó por nueva apertura de la fistula, que con tratamiento conservador cerró nuevamente, por lo que fue alta hospitalaria el 26-04-2019.

Se remitió a Consultas Externas de Cirugía General (Dr. CDR), en las que ha sido atendido, revisado, y curado periódicamente de su fistula, que manchaba muy escasamente, hasta el 01-06-2020. En esta fecha, se decidió, por parte del paciente y nuestra ser alta de Consultas Externas como se indica en el P-10 que se le dio, para que fuera curado por su esposa, con nuestras directrices, en su domicilio. Igualmente, se le indicó que ante la aparición de algún problema o duda que tuviera nos consultara, como así ha ocurrido en algún caso puntual.

PD: Todos los datos del proceso están suficientemente descritos en los extensos informes de alta hospitalaria que se le han dado”.

El 16 de julio de 2020 se envían sendas copias de este informe a la Inspección Médica y a la correduría de seguros.

DÉCIMO.- El citado 16 de julio se recibe un informe médico pericial, de carácter provisional, elaborado dos días antes a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

Una copia de este informe se remite a la Inspección Médica el mismo día 16 de julio.

UNDÉCIMO.- El 4 de diciembre se remite al órgano instructor el informe pericial realizado el citado 14 de julio de 2020, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un doctor en Medicina y especialista en Urología, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. La indicación de tratamiento quirúrgico y la técnica utilizada se ajustaron a las recomendaciones de las guías clínicas.

2. Presentó una fistula intestinal suprapública que ha sido tratada y al menos en la documentación aportada a este perito ha evolucionado a la resolución completa de la misma”.

Y se concluye finalmente que “*Al paciente se le indicó de forma correcta la realización de una prostatectomía suprapública en el contexto de la cual ha presentado una fistula intestinal que en base a la documentación clínica aportada ha evolucionado a la resolución con el tratamiento pautado”.*

DUODÉCIMO.- El 8 de enero de 2021 se concede audiencia al reclamante para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que considere convenientes, aunque no consta que haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 26 de octubre de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no

concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 26 de octubre de 2021 y un CD que tuvo su entrada dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. Como dispone el artículo 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto se sabe que, tras la intervención que se le practicó al interesado, se localizó en la herida, poco después, un seroma que se drenó. Con posterioridad, se advirtió la existencia de una fistula, que se trató y que se cerró en febrero de 2019. Pese a ello, ese conducto reapareció en varias ocasiones y se volvió a tratar, hasta que el 8 de octubre de 2019, después de que se realizara una tomografía axial computarizada, se confirmó que no existía evidencia de ese trayecto fistuloso. Sin perjuicio de que luego reapareciese en ocasiones posteriores, la acción de resarcimiento se formuló el 12 de noviembre siguiente dentro del plazo establecido al efecto y, por ello, de forma temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP. De hecho, se ha constatado que la tramitación del procedimiento estuvo detenida, sin que se adviertan razones que pudieran justificarlo, desde que en enero de 2021 se concedió audiencia al reclamante hasta que se formuló la propuesta de resolución en el mes de octubre siguiente.

Por otra parte, se advierte que no se concedió audiencia a la empresa aseguradora del SMS a pesar de que también goza de la condición de interesada en el presente procedimiento administrativo, como este Consejo Jurídico ha explicado de manera reiterada en numerosos Dictámenes.

Finalmente, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual “*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce “*el derecho a la protección de la salud*”, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las

reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha expuesto con anterioridad, el interesado solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización, que no ha cuantificado, ya que sufrió una fuerte hematuria en noviembre de 2018 y se le practicó una adenomectomía retropública en el HUVA, en enero de 2019. Poco tiempo después, se localizó una fistula entero-atmosférica en la herida quirúrgica. Así pues, considera que esa circunstancia *puede ser* constitutiva de una mala praxis médica y añade que es *altamente* irregular que en el momento en que formula la reclamación no se haya cerrado dicho conducto.

Sin embargo, el reclamante no ha presentado alguna prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para acreditar que la aparición de la fistula constituye evidencia de mala praxis. En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba y que resulta aplicable, asimismo, en materia de procedimiento administrativo, obliga al reclamante a demostrar los hechos en los que funde su reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado a las presentes actuaciones la documentación clínica completa del interesado y los informes de los facultativos de los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y de Urología del HUVA que le atendieron. Asimismo, se ha traído al procedimiento un informe pericial elaborado por un urólogo a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

De la lectura de la historia clínica y de esos informes se hace evidente que al reclamante se le practicó correctamente, y sin incidencias, una adenomectomía retropública porque había sufrido dos episodios de hematuria anemizante (Conclusión 1^a). Pese a ello, el interesado presentó una fistula intestino-atmosférica de bajo debito que fue tratada por el Servicio de Cirugía de forma reiterada y conveniente, atendidas, además, las circunstancias personales del interesado. Se sabe que, finalmente, la fistula se ha cerrado completamente (Conclusiones 2^a y final).

Por tanto, no cabe entender que se produjera la posible infracción de la *lex artis ad hoc* que supone el reclamante y, mucho menos, que se haya ocasionado un daño real y efectivo que deba ser resarcido ni que exista entre esa posible lesión y el funcionamiento normal del servicio público sanitario una relación adecuada de causalidad. En consecuencia, procede la desestimación de plano de la reclamación presentada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir un daño real y efectivo que deba ser reparado y, en todo caso, alguna relación de causalidad entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y ese daño que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se habría acreditado de manera conveniente.

No obstante, V.E. resolverá.